

本社 人統括・HRX・事務セ・海外給与G → 三菱電機健康保険組合 行

被保険者  
家 族

海外療養費支給申請書

米 国

(医科)

(海外勤務者・海外研修生 用)

令和 6 年 12 月 1 日

もれのないように必要事項を記入してください

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号(注1)	記号	1	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7		
	氏 名	三菱 次郎					生年月日	昭・平		50 年 11 月 7 日					
	海外拠点名	MEUS-CYP													
	居住国名	アメリカ													
	傷病名 (日本語で記入)	風 邪													
	診療期間	6年 11月 2日から					6年 11月 10日まで / 継続中					傷病名がわからない場合は症状を記入する			
	発病又は負傷の原因 及びその経過	11月1日に熱が出たため、翌日診療を受けた。処方された薬を飲んだが症状が 良くならないため、再度診療を受け、注射をしてもらった。/経過良好													
	発病又は負傷の 年 月 日	6 年 11 月 1 日					総診療費 (領収書のとおり)	300					通貨単位 ( USD )		
	月 別 費 用 明 細	年 月分	年	添付した領収書の総額を記入する											
	入院・入院外の別 (○をつける)	入院	・	入院外		入院した期間	年 月 日から					年 月 日まで			
傷 病 原 因 (○をつける)	1. 交通事故 (第三者行為・自損)					2. 第三者行為					3. その他				
該当被扶養者(家族) 氏 名	氏 名					生 年 月 日	続 柄					受診者が家族の場合、記入する			
備 考															

健 保 記 入 欄	支給額	¥	支給決定日		令和 年 月 日
	換算レート		支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担 当 者

[添付書類] 1. 領収書 (原本) 2. 2ページ目「診療内容明細書」に医師の証明を受ける 3. 調査に関わる同意書

[注意事項] 1. 被保険者等記号は三菱電機株「110」、番号は「社員番号」を記入してください。  
2. 本申請書に記入した該当家族が、扶養手当の対象外である場合は[ ]内に○印を付けてください。→ [ ]  
扶養手当の対象外である場合、海外療養費は健保から本人国内給与に払い戻されます。経費計上は行わないでください。

事務セ担当者  
受付印

# 全項目、医師の記入が必要です。本人が記入してはいけません。

記入見本

This form is used for claiming the health insurance benefit  
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

## ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診療内容明細書

全ての項目において、もれのないように医師に記入してもらおう

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女	
Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠				
Description of Services 診療内容		Fee 料金	Description of Services 診療内容			Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 Subsequent Visit 再診 Home Visit 往診 Total 合計			7 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room 室料 8 Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure (specify) その他の処置			
2 Medication 投薬 The kind of medicine 薬剤の種類 Total 1. _____ 2. _____ 3. _____			9 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身 10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室			
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴 The kind of medicine 薬剤の種類 Total 1. _____ 2. _____ 3. _____			11 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 12 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書			
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____						
5 Physiotherapy 理学療法 _____ times 回						
6 Medical Supplies 医療器材						

医師記入様式

疾病名や症状を記入してもらおう

受診日を記入してもらおう

薬が処方されていたら、  
薬剤名も記入してもらおう

ゴム印でも手書きでも構いません

Total Fee 合計 領収書の合計と同じ

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office  
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Date 日付 医師の証明日 Physician's Signature 医師の署名 医師のサイン

Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号